

介護保険法による指定の更新の有効期限の定めに関する 弾力的な運用についての確認書

年 月 日

新宮市長 様

所在地
申請者
名称

代表者の職・氏名

下記のとおり、指定の有効期限が未了のサービスについて、今後の指定更新時の手続きを一本化するため、今回有効期限が満了となるサービスと併せて更新することを希望します。

記

有効期限未了のサービス

■ 該当するサービスの数字に○を付けてください。

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. 指定地域密着型サービス事業 | 2. 指定地域密着型介護予防サービス事業 |
| 3. 指定居宅介護支援事業 | 4. 指定介護予防支援事業 |
| 5. 地域支援事業の第1号事業 | 6. その他（ ） |

■ 事業所名（ ）

■ 事業所番号（ ）

有効期限満了のサービス

■ 該当するサービスの数字に○を付けてください。

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. 指定地域密着型サービス事業 | 2. 指定地域密着型介護予防サービス事業 |
| 3. 指定居宅介護支援事業 | 4. 指定介護予防支援事業 |
| 5. 地域支援事業の第1号事業 | 6. その他（ ） |

■ 事業所名（ ）

■ 事業所番号（ ）